



Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica trimestral de Enfermería

Nº29

Enero 2013

www.um.es/eglobal/

ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia

Conhecimento e prática do auto-exame das mamas por usuárias de Unidade de Saúde da Família

Knowledge and practice of the breast self examination by the users of the Family Health Unit

***Silva, Naiara Riquelme de Ataíde, **Soares, Daniela Arruda, ***Rego de Jesus, Sandra.**

*Graduanda del curso de Enfermería del Instituto Multidisciplinar en Salud **Magister en Enfermería, Doctoranda en Salud Colectiva, Profesora Asistente del Instituto Multidisciplinar en Salud. E-mail: dandani23@yahoo.com.br ***Doctoranda en Estadística, Profesora Asistente del Instituto Multidisciplinar en Salud. Campus Anísio Teixeira, Universidad Federal de Bahia, BA. Brasil.

Palabras clave: autoexamen de mamas; cáncer de mama; mujeres

Palavras-chave: auto-exame das mamas; câncer de mama; mulheres

Keywords: breast self examination: breast cancer; women

RESUMEN

Estudio transversal con 116 usuarios, de 40 a 59 años, de una Unidad de Salud de la Familia en el suroeste de Bahía, con el fin de evaluar el conocimiento y la práctica de las mismas sobre el autoexamen de mamas (AEM). Se utilizó formulario estructurado, analizado por regresión de *Poisson*. 75,9% de las mujeres reportaron conocer el AEM y el 65,5% lo practica. La razón de prevalencia para el conocimiento del AEM fue 1,40 veces mayor entre las mujeres con mayor escolaridad, 2,85 veces mayor entre las que conocían el cáncer de mama y más del 15% para aquellas que consideran que es importante detectar la enfermedad temprano. La práctica fue más alta entre la población económicamente activa, con más de 2 hijos, no fumadoras, que asisten a la unidad durante más de 2 años, que conocen y sienten importante detectar el cáncer de mama precozmente. De ello se desprende que es preciso invertir más en actividades de educación para prevenir riesgos para la salud de la mujer.

RESUMO

Estudo transversal com 116 usuárias, de 40 a 59 anos, de uma Unidade de Saúde da Família, no sudoeste baiano, a fim de avaliar o conhecimento e prática das mesmas acerca do auto-exame das mamas (AEM). Foi utilizado formulário estruturado, analisado pela regressão de *Poisson*. 75,9 % das mulheres relataram conhecer o AEM e 65,5%, praticá-lo; A razão de prevalência para o conhecimento

do AEM foi 1,40 vezes maior entre as mulheres com mais escolaridade; 2,85 vezes maior entre as que conheciam o câncer de mama e 15% maior para as que acham importante descobrir cedo a doença. A prática mostrou-se maior entre as economicamente ativas; com mais de 2 filhos; não tabagistas; que freqüentam a unidade mais de 2 anos, que conhecem e acham importante descobrir o câncer de mama precocemente. Depreende-se que é preciso investir mais em atividades de educação para evitar agravos à saúde da mulher.

ABSTRACT

Transversal study with 116 users, from 40 to 50 years old, of a Family Health Unit in the southwest of Bahia, in order to assess the knowledge and the practice of themselves about the breast self examination (BSE). A structured form was used, analyzed by Poisson regression, the 75.9% of the women reported on knowing the BSE and the 65.5% of the women put it into practice. The prevalence reason for knowing the BSE was 1.4 times higher among women with higher scholarship, 2.85 times higher among those who know the breast cancer and more than 15% for those who consider that it is important to detect the disease early. The practice was higher among the economical active population, with more than 2 children, non-smoking, who attend to the unit for more than 2 years, who know and feel that detecting the breast cancer early is important. From that can be deduced that it is necessary to invest more in education activities to prevent risks for the health of the women.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las enfermedades crónicas no transmisibles pasaron a tener creciente importancia en la salud de la población mundial. Entre estas enfermedades destaca el cáncer de mama que presenta relevante magnitud, dada la morbi-mortalidad, especialmente, en el sexo femenino. Según Caleffi e Dias⁽¹⁾, aproximadamente una de cada 10 mujeres desarrollará esta enfermedad durante su vida.

Este tipo de cáncer tiene la segunda mayor incidencia en todo el mundo y en Brasil es el más frecuente en el país, a excepción del cáncer de piel del tipo no melanoma, en incidencia y mortalidad en el sexo femenino, con crecimiento progresivo de esta última en los últimos años⁽²⁾. Presenta curva ascendente a partir de los 25 años de edad y en la mayoría de los casos se concentra entre 45 y 50 años. En el país, se estima en 2010, una incidencia de 49,27 casos a cada 100 mil mujeres. Para el Nordeste y Bahia, se apuntan tasas de 30,11/100.000 e 37,29/100.000 mujeres, respectivamente, acompañando el mismo perfil de incidencia nacional⁽³⁾. En Brasil, desgraciadamente, aún prevalece el diagnóstico tardío de la enfermedad.

La prevención primaria del cáncer todavía se considera limitada, pues no hay evidencias que establezcan relación clara entre la enfermedad y sus agentes causadores⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾. Frente a las limitaciones de la prevención primaria, la prevención secundaria, con el diagnóstico en estadios iniciales, muestra mayor efectividad. Las tres principales estrategias para detección precoz del cáncer de mama son: el auto-examen de las mamas (AEM), el examen clínico anual de las mamas y el examen mamográfico, considerados complementarios, toda vez que aisladamente ninguno de ellos es capaz de identificar las mujeres portadoras del cáncer de mama⁽⁷⁾.

A pesar de que algunos estudios cuestionaron la exactitud del autoexamen en cuanto a su especificidad y sensibilidad, en términos de salud pública, principalmente en países como Brasil, en el cual hay precarización del acceso a servicios de salud, la

práctica del AEM se muestra, entonces, relevante en el control de la morbilidad del cáncer de mama⁽⁶⁾.

Además, se destaca que la mayoría de las veces, cerca de 90% de las veces, el tumor es encontrado por la propia mujer^(4,7). De este modo, el AEM puede ser usado como una importante estrategia de detección, pues tiene las ventajas de ser una técnica fácil, rápida y sin costos para la mujer. También, el AEM tiene la ventaja de ayudar en la detección de tumoraciones pequeñas, lo que puede contribuir a un tratamiento más precoz y menos mutilante.

Muchos estudios han demostrado deficiencias en la realización de esa práctica, así como inconsistencia de aprendizaje, no realización y práctica incorrecta^(7,8,9,10,11,12,13).

Ante esto, se objetiva con este estudio realizar una evaluación del conocimiento y práctica que las usuarias de una Unidad de Salud de la Familia (USF), en un municipio del Sudoeste de Bahia, tienen sobre el AEM, a fin de poderse ayudar con este para la formulación de estrategias que favorezcan prácticas más preventivas y de mayor cuidado con la salud por parte de estas mujeres en relación al cáncer de mama.

METODOLOGÍA

Estudio de carácter transversal, descriptivo y analítico, desarrollado a través de investigación cuantitativa involucrando a usuarias de una Unidad de Salud de la Familia (USF), localizada en un municipio del interior bahiano. La población de este estudio abarcó mujeres con edad entre 40 y 59 años, registradas en la referida USF. Según datos del Sistema de Información Básica (SIAB) del municipio situado en el Sudoeste Bahiano, del total de mujeres registradas, 1697 se encuentran en la faja de edad principal del estudio, correspondiendo a cerca del 25% del total de usuarias.

Tal franja de edad fue seleccionada por comprender un grupo de gran incidencia para el cáncer de mama y por abarcar las franjas etáreas para las cuales el examen clínico de las mamas y mamografía deben ocurrir anualmente⁽³⁻⁴⁾. El tamaño de la muestra fue definido con base a una muestra aleatoria simple sin reposición, considerando la proporción estimada de mujeres con conocimiento y práctica del autoexamen de las mamas de 50,0%, ya que no es conocida esa proporción. Se admitió un error máximo de 10% entre la proporción encontrada en la muestra y la verdadera proporción poblacional, y nivel de significancia de 5%, totalizando 96 mujeres. El cuantitativo creció 20% de pérdidas totalizando 116 mujeres entrevistadas aleatoriamente.

Como instrumento de colecta de datos se utilizó un formulario estructurado, con 34 cuestiones objetivas, elaborado con base en el referencial teórico adoptado y en referencias bibliográficas asociadas, de modo a satisfacer los objetivos propuestos. Se realizó un test piloto con 10% del tamaño de la muestra, con las usuarias con las mismas características y que no formaban parte del estudio.

La colecta de datos ocurrió en los dos turnos de funcionamiento de esta Unidad, por un equipo debidamente entrenado, entre los meses de octubre a noviembre de 2010, con las mujeres-destinatario provenientes de demanda espontánea y/u organizada y que coincidían en participar voluntariamente de la investigación y registraron su autorización en el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE). El estudio

fue aprobado por la Comisión de Ética del municipio de Vitória da Conquista - BA, y por el CEP/IMES de la Fundação FTC con protocolo nº 2029/2010.

Las prevalencias del conocimiento y de la práctica del autoexamen fueron adoptadas como medida de ocurrencias y comparadas entre los grupos de exposición usando la razón de prevalencia (RP) como medida de asociación⁽¹⁸⁾. Se realizaron análisis bivariados por medio de la técnica de regresión de *Poisson* con varianza robusta para evaluar la asociación en estudio, una vez que los resultados en estudios no se trataban de eventos raros. El nivel de confianza para aceptar la hipótesis de asociación fue de 95%. El EXCEL fue el *software* adoptado para entrada de los datos y los análisis se realizaron utilizando el *software* STATA (StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 9. College Station, TX: StataCorp LP).

RESULTADOS

Participaron del estudio 116 mujeres, de las cuales 75,9 % relataron conocer el autoexamen de las mamas y 65,5 % dijeron practicarlo. Poco más de la mitad de las entrevistadas (51,7%) tenía entre 50 y 59 años, 42,2% se autodeclararon de color marrón, 66,4% eran casadas y 95,7% tenía una religión. La muestra de mujeres estudiadas puede ser considerada de baja escolaridad (68,9%), de baja renta (53,4%) y no económicamente activa (67,2%). La mayoría de ellas tenía más de 2 hijos (56,9%), siendo estas prevalencias mayores para aquellas que no practican el AEM.

En cuanto al comportamiento, 87,9% de las mujeres no beben, 90,5% no son adictas al tabaco y 89,7% no poseen historial de cáncer de mama en la familia. Predominan las mujeres que frecuentan la USF hace más de 2 años (85,3%), siendo este valor mayor para las mujeres que practican el AEM.

La Tabla 1 muestra las razones de prevalencia, con respectivos intervalos de confianza (IC 95%) para el conocimiento y práctica del autoexamen según variables socioeconómicas, demográficas y comportamentales. Se observa que, solo nivel de escolaridad presenta asociación estadísticamente significativa con el conocimiento del autoexamen, siendo que las mujeres con enseñanza media o más, presentan razón de prevalencia 40% mayor para el conocimiento en relación a las mujeres que tienen enseñanza básica (RP = 1,40; IC95% = 1,18-1,66). Cuando se analiza el resultado práctica del autoexamen, se verifica que la práctica es mayor para las mujeres económicamente activas, que tienen por lo menos un hijo, no son fumadoras y frecuentan la unidad hace más de dos años.

Tabla 1 Razón de prevalencia (RP) y respectivos intervalos de confianza IC 95% de la asociación bivariada para conocimiento y práctica del AEM según variables socio-económicas, demográficas y comportamentales de usuarias de una USF. Bahía, 2010

Características	N	Conocimiento				Práctica			
		n	%	RP	IC(95%)	n	%	RP	IC(95%)
Edad años									
30 a 39	60	42	70,0	1,00		36	85,7	1,00	
40 a 49	56	46	82,1	1,17	0,95-1,44	40	87,0	1,01	0,86-1,20
Raza, color									
Negra	23	17	73,9	1,00		13	76,5	1,00	
Branca	39	30	76,9	1,04	0,77-1,40	25	83,3	1,09	0,80-1,49
Mulata	49	37	75,5	1,02	0,76-1,37	34	91,9	1,20	0,91-1,59
Estado Civil									
Solteira	39	27	69,2	1,00		24	88,9	1,00	
Casada	77	61	79,2	1,14	0,90-1,45	52	85,2	0,96	0,81-1,14
Escolaridad									
Enseñanza básica	80	54	67,5	1,00		46	85,2	1,00	
A partir de enseñanza media	36	34	94,4	1,40	1,18-1,66	30	88,2	1,04	0,88-1,22
Renta familiar									
< 1 salário mínimo	22	12	54,5	1,00		8	66,7	1,00	
Entre 1 e 2 salários	62	48	77,4	1,42	0,95-2,13	45	93,8	1,41	0,93-2,12
>2 salários mínimos	30	26	86,7	1,59	1,06-2,39	22	84,6	1,27	0,82-1,96
Ocupación									
No económicamente activa	78	60	76,9	1,00		48	80,0		
Económicamente ativa	38	28	73,7	1,04	0,83-1,31	28	100,0	0,80	0,70-0,91
Religión									
Evangélica	34	26	76,5	1,00		22	84,6	1,00	
Católica	77	57	74	0,97	0,77-1,22	49	86,0	1,02	0,84-1,24
Número de hijos									
Nulipara	6	4	66,7	1,00		4	100		
1 ou 2 hijos	44	35	79,5	1,19	0,66-2,14	31	88,6	0,89	0,79-0,99
> 2 hijos	66	49	74,2	1,11	0,62-2,00	41	83,7	0,84	0,74-0,95
Uso de bebida alcohólica									
Sí	14	11	78,6	1,00		10	90,9	1,00	
NO	102	77	75,5	0,96	0,71-1,29	66	85,7	0,94	0,76-1,16
Uso de cigarro									
Sí	11	6	54,5	1,00		6	100		
No	105	82	78,1	1,43	0,82-2,48	70	85,4	0,85	0,78-0,93
Historia de cáncer de mama en la familia									
No	104	79	76,0	1,00		69	87,3	1,00	
Sí	11	8	72,7	0,96	0,66-1,40	6	75,0	0,86	0,57-1,30
Tiempo que frecuenta la unidad									
+ 2 años	9	6	66,7	1,00		6	100,0	1,00	
- 2 años	99	76	76,8	1,15	0,71-1,85	65	85,5	0,86	0,78-0,94

En relación a la oportunidad diagnóstica (tabla 2), la mayoría de las usuarias entrevistadas relató que nunca fueron examinadas las mamas en la atención en la unidad (55,2%). En contrapartida, la mayor parte de las mujeres ya realizó mamografía al menos una vez (69,8%) y cerca de 44,8% tuvieron la oportunidad de realizar 2 o más veces, siendo el intervalo entre estas inferior a 2 años, en su mayoría. Tanto en el examen clínico de las mamas como en el examen mamográfico, cerca de 20,7% de las mujeres tuvieron alteración mamaria diagnosticada por estos medios.

Las mujeres sometidas a los exámenes clínico y mamográfico, las que realizaron la mamografía dos o más veces y tuvieron alteración mamaria diagnosticada, demostraron tener conocimiento y practicar el AEM, en relación a las demás. Sin embargo, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables relacionadas a la oportunidad diagnóstica y las medidas de ocurrencia conocimiento y práctica del AEM.

Tabla 2. Razón de prevalencia (RP) y respectivos intervalos de confianza (IC 95%) de la asociación bivariada para conocimiento y práctica del AEM según oportunidades diagnósticas de usuarias de una USF. Bahía, 2010

Características	N	Conocimiento				Práctica			
		n	%	RP	IC(95%)	n	%	RP	IC(95%)
Exame clínico									
No	64	46	71,9	1,00		38	82,6	1,00	
Si	52	42	80,8	1,12	0,92-1,38	38	90,5	1,10	0,93-1,29
Realizou mamografia									
Nunca	35	25	71,4	1,00		21	84	1,00	
Si	81	63	77,8	1,09	0,86-1,39	55	87,3	1,04	0,85-1,26
Nº de mamografias									
Ninguna	35	25	71,4	1,00		21	84,0	1,00	
Una	29	21	72,4	1,01	0,75-1,38	16	76,2	0,91	0,67-1,22
Dos o más	52	42	80,8	1,13	0,88-1,45	39	92,9	1,11	0,91-1,34
Intervalo entre mamografias									
≥ 2 anos	14	13	92,9	1,00		12	92,3	1,00	
< 2 anos	34	26	76,5	0,82	0,65-1,05	24	92,3	1,00	0,82-1,21
Alteración mamaria									
No	88	66	75	1,00		55	83,3	1,00	
Si	24	19	79,2	1,05	0,83-1,34	18	94,7	1,14	0,98-1,32

Los datos de la Tabla 3 muestran que el conocimiento de las mujeres sobre cáncer de mama es bueno (82,8%), 94,8% acreditan en la cura de la enfermedad y casi la totalidad de ellas creen importante el diagnóstico precoz de la enfermedad, sin embargo, 16,9% del total de las entrevistadas todavía desconocen lo que es la enfermedad. Todos estos valores fueron mayores entre las mujeres que solamente conocen el AEM de las mamas de las que solamente lo practican.

Se verifica que el conocimiento del autoexamen es 2,85 veces mayor para las mujeres que saben lo que es el cáncer de mama (RP = 2,85; IC95% = 1,45-5,61) y 15% mayor para las que creen importante descubrir cedo (RP = 0,85; IC95% = 0,78-0,93). Consecuentemente la práctica del autoexamen es 15% mayor para las que saben lo que es cáncer de mama (RP = 0,85; IC95% = 0,78-0,93) y que creen importante descubrir el cáncer de mama antes de tiempo (RP = 0,85; IC95% = 0,78-0,93).

Tabla 3. Razón de prevalencia (RP) y respectivos intervalos de confianza (IC 95%) de la asociación bivariada para conocimiento y práctica del AEM, según conocimiento sobre el cáncer de mama de usuarias de una USF. Bahía, 2010

Características	N	Conocimiento				Práctica			
		n	%	RP	IC(95%)	N	%	RP	IC(95%)
Conoce cáncer de mama									
No	20	6	30,0	1,00		6	100	1,00	
Si	96	82	85,4	2,85	1,45-5,61	70	85,4	0,85	0,78-0,93
Cree que el cáncer de mama tiene cura									
No	5	4	80,0	1,00		2	50	1,00	
Sí	91	78	85,7	1,07	0,68-168	68	87,2	1,74	0,65-4,69
Cree importante descubrirlo antes									
No	1	1	100	1,00		1	100	1,00	
Sí	95	81	85,3	0,85	0,78-0,93	69	82,2	0,85	0,78-0,93

La práctica del autoexamen según el conocimiento de esa técnica está presentada en la Tabla 4. De las mujeres que relataron conocer el AEM, buena parte (94,3%) lo considera importante para encontrar alteraciones en las mamas y solo un tercio de estas usuarias relató haber aprendido en la USF (31,8%), ya que la mayoría de las usuarias tuvo conocimiento del AEM a través de los medios de comunicación. Además, más de la mitad de las mujeres relata que el profesional de salud de la unidad no incentiva la realización de la técnica mensualmente (53,4%).

Se observa que la práctica es 17% mayor para las mujeres que aprendieron el autoexamen en los medios de comunicación (RP = 0,83; IC95% = 0,74-0,93) en relación a las que aprendieron por otros medios.

Tabla 4. Razón de prevalencia (RP) y respectivos intervalos de confianza (IC 95%) dde la asociación bivariada para conocimiento y práctica del AEM, según conocimiento sobre el cáncer de mama de usuarias de una USF. Bahía, 2010

Características	N	Práctica			
		n	%	RP	IC(95%)
Cree el AEM importante para encontrar alteración en las mamas					
No	5	4	80,0	1,00	
Sí	83	72	86,7	1,08	0,69-1,70
¿Dónde aprendió?					
Outros	9	8	88,4	1,00	
USF	28	26	92,9	0,93	0,84-1,03
Medios de comunicación	51	42	82,4	0,83	0,74-0,93
Profesional de salud incentiva que se haga el AEM mensualmente					
No	48	40	83,3	1,00	
Sí	40	36	90,0	1,08	0,92-1,27

De las mujeres que relataron conocer la técnica, 86,4% la practican, en cambio, 13,6% no lo hacen. De estas últimas, los principales motivos de no realización fueron el olvido y el hecho de no saber hacerlo correctamente. La mayoría de las mujeres (44,7%) realiza la técnica en intervalos mayores de un mes, cuando se acuerdan, además, parte de ellas la realiza más de una vez por mes (34,2%). Una minoría hace el AEM con la periodicidad adecuada (datos no presentes en tablas).

La práctica del AEM se da, según el relato de las usuarias practicantes, principalmente como un modo de prevención del cáncer de mama (36,8%), para que se puedan encontrar nódulos (12,1%) y por miedo al cáncer (11,8%). Cerca de 19,7% de las practicantes detectaron alteraciones mamarias al realizar la técnica (datos no presentes en tablas).

DISCUSIÓN

El conocimiento y práctica de las mujeres distribuidas en los intervalos de edad de 40 a 49 años y 50 a 59 años, mostró cierta aproximación, especialmente en relación a la práctica del AEM, así como no evidenció diferencias significativas entre las mismas. Este resultado puede estar relacionado con el hecho de que las campañas que tratan del tema se dirigen, principalmente, a las mujeres con 40 años o más, lo que contempla la faja etaria de esta investigación. Diferencias significativas se encontraron en un estudio realizado con un grupo de 2073 mujeres, en el que aquellas de más de 30 años conocían y practicaban más el autoexamen que las más jóvenes, para las que la idea de desarrollar el cáncer de mama puede parecer remota⁽¹²⁾.

Otros autores que trabajan con la prevención secundaria del cáncer de mama, los cuales evalúan factores relacionados para contribuir o limitar las oportunidades diagnósticas, tienen en las mujeres de más de 40 años sus principales muestras, por considerar en ellas el principal foco de acciones para prevención de esta enfermedad, dado el aumento de la morbi-mortalidad de este problema de salud a partir de esa edad^(9, 8, 14, 15).

A pesar de que las mujeres con renta familiar superior a 2 salarios mínimos presentan conocimiento de la técnica cerca de 1,6 veces mayor que aquellas con renta inferior a 1 salario, esta relación no fue significativa. Diferentemente, Freitas Júnior et al⁽¹²⁾, en estudio con 2073 mujeres de un Programa de Mastología, en Goiânia-GO, percibieron relación significativa entre estas variables, en que el conocimiento sobre el AEM fue 1,68 veces mayor entre mujeres con renta mayor de 2 salarios. Otro estudio detectó reducción, aunque no significativa, de la prevalencia de la técnica en las clases sociales más altas⁽¹⁴⁾. Esto puede tener relación con el hecho de que al paso que se aumenta el acceso a los exámenes clínico y mamográfico, las mujeres se preocupan menos de la práctica del AEM⁽¹⁴⁾.

Se percibió que mujeres con nivel de escolaridad igual o superior a la enseñanza media presentan razón de prevalencia 40% mayor para el conocimiento en relación a las mujeres que tienen enseñanza básica (RP = 1,40; IC95% = 1,18-1,66). Tal situación puede demostrar la relación entre el grado de instrucción y la oportunidad de acceso y comprensión de programas de educación en salud. Algunos estudios corroboran este resultado⁽⁹⁾, al tiempo que también encontraron relación significativa entre mayor escolaridad⁽¹²⁾ y mayor apoyo de información⁽¹⁶⁾ y práctica del autoexamen. Los mismos estudios también consideran que personas con mayor escolaridad son más aptas a comprender las necesidades de prácticas que conducen a la salud y, por tanto, más apegadas a los programas preventivos.

Al evaluarse la práctica del AEM, se comprobó que la práctica es estadísticamente significativa para las mujeres económicamente activas, las cuales presentan una razón de prevalencia 20% mayor en relación a las no económicamente activas. Esta inserción en el mercado de trabajo puede estar contribuyendo a que estas mujeres tengan acceso a fuentes de conocimiento que incentiven las prácticas preventivas de salud. Estas informaciones, con todo, se contraponen a los resultados de Freitas Júnior et al⁽¹²⁾, que observó un mayor conocimiento y práctica entre amas de casa, comparadas con mujeres que trabajaban fuera. Tal estudio sugiere que la permanencia en casa acabe por contribuir a un mayor acceso y captación de informaciones de educación en salud⁽¹²⁾.

Junto a esto, mujeres con al menos un hijo presentaron mayor tendencia a la práctica, siendo que aquellas con más de dos hijos tuvieron razón de prevalencia 16% mayor en relación a las nulíparas. A este respecto, Freitas Júnior⁽¹³⁾ sugiere que mujeres con mayor cantidad de hijos, naturalmente tendrían mayor oportunidad de contacto con equipos de salud, y, por consiguiente una mejor información, favoreciendo el conocimiento y práctica del autoexamen.

Resultados estadísticamente significativos también fueron observados en relación al consumo de tabaco, en que las no fumadoras presentaron razón de prevalencia 15% mayor para la práctica, y las mujeres que frecuentan la unidad hace más de dos años poseen razón de prevalencia 14% más que las demás para la práctica del AEM. Tales resultados indican que mujeres que presentan hábitos positivos en cuanto a su salud y que frecuentan los servicios de salud por mucho tiempo, al tener más contacto con profesionales de salud y orientaciones en salud, adoptan más consistentemente la práctica del autoexamen⁽¹²⁾.

Se observó que la mayoría de las usuarias nunca tuvo examen de mamas en la atención en la unidad (54,3%), dato parecido al encontrado en otros estudios, en que hubo relato de no realización del examen clínico de las mamas en una media de 64,

36% de las mujeres^(4,8,10), configurando una situación aún más preocupante. Este bajo índice de realización del examen clínico de las mamas no parece tener justificativa, una vez que este debería ser una rutina de las consultas de enfermeros y médicos en la atención a las mujeres⁽⁵⁾, ya que es preconizado en los protocolos ministeriales, debiendo la periodicidad mínima ser anual para aquellas que tienen 40 años o más^(3,5).

En contrapartida, cerca del 70% de las mujeres tuvo acceso a la realización de la mamografía al menos una vez, lo que no siempre es usual, ya que este examen tiene elevado costo, hecho que dificulta su oferta a grandes grupos poblacionales, incluso estando en la faja etaria establecida^(7,10). Desgraciadamente, casi un tercio de las usuarias no tuvieron acceso a este método de revisión. Además, aproximadamente 30% de estas mujeres tuvieron 2 o más años de espera entre las mamografías.

Esta carencia de cobertura del examen mamográfico, en especial para la edad establecida, así como el tiempo aguardado entre los exámenes, hace que parte de las mujeres tenga que pagar para realizarlo. Sin embargo, se observó que 72,4% tiene renta familiar menor de dos salarios mínimos, lo que inviabiliza el acceso particular a este medio diagnóstico, con lo que estas mujeres no tienen acceso al examen o lo realizan esporádicamente, o cuando el sistema público posibilita su realización.

Por medio de este estudio, se verifica que el conocimiento del autoexamen es 2,85 veces mayor para las mujeres que saben lo que es cáncer de mama y 15% mayor para las que creen importante descubrirlo anticipadamente. Asociado a esto, la práctica del autoexamen es 15% mayor para las que saben lo que es cáncer de mama y que creen importante descubrir el cáncer de mama antes. Tales datos demuestran que las mujeres que tienen conocimientos sobre la enfermedad y la importancia de descubrirla precozmente, tienden a una mayor práctica del AEM. En consonancia, Molina et al⁽⁹⁾ detectó que mujeres con mayor preocupación en desarrollar el cáncer de mama hacen el AEM más frecuentemente.

Parte considerable de las usuarias refirió conocer el AEM (75,9 %) y la gran mayoría lo considera importante para encontrar alteraciones en las mamas. Proporción parecida se encontró en otros estudios, en que el conocimiento relatado de la técnica varió de 75% a 96% entre las usuarias^(8,10,12). Sin embargo, algunos estudios constataron que no siempre este conocimiento es adecuado^(8,10).

Complementariamente, se destaca que la realización mensual de esa técnica favorece la detección precoz de nódulos a partir de 1 cm en el tejido mamario y en la cadena de linfonodos axilares y evita que las mujeres solo procuren ayuda especializada en estadios avanzados de la enfermedad, generando la posibilidad de tratamientos de mayor éxito, menos agresivos y con un mejor pronóstico^(4,17), 18,13. El AEM puede considerarse una importante estrategia para un diagnóstico precoz de alteraciones mamarias, pues el tumor es encontrado por la propia mujer en cerca de 90% de los casos⁽⁶⁾.

Solo un tercio de las usuarias que conocían el AEM relataron haberlo aprendido en la USF (31,8%), sin embargo, la mayoría de ellas dijo haber tenido contacto con la técnica a través de los medios de comunicación (58%). Se observa que la práctica es 17% mayor para las mujeres que aprendieron el autoexamen en los medios de comunicación en relación a las que aprendieron por otros medios. Estos datos llevan

a la constatación del importante impacto mediático en la adquisición de conocimientos por las mujeres y una subinformación ofertada por las USF's.

Datos semejantes fueron encontrados por Gonçalves e Dias⁽⁴⁾ y por Monteiro et al⁽¹⁰⁾, ambos demuestran la capacidad de persuasión por parte de campañas públicas para la enseñanza y refuerzo de prácticas adecuadas de salud. No obstante, la pequeña participación de la USF en el proceso de adquisición de nuevos conocimientos y buenas prácticas de salud, se contradice con su objetivo de reorganización del modelo asistencial en salud, a partir de la lógica de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Quedó explícito que además de la unidad no ser la principal fuente de información, y de la no realización del examen clínico, buena parte de las entrevistadas dijo no tener incentivo por parte de los profesionales en cuanto a la realización mensual de la técnica (53,4%). Tal hecho contribuye a que estas mujeres no adopten esa práctica como una rutina de cuidado con su cuerpo y su salud. Monteiro et al⁽¹⁰⁾ encontraron los mismos resultados y evidenciaron que 58,7% de las entrevistadas refirieron la falta de incentivo de los profesionales para la realización de la técnica, mostrando que los profesionales de salud deben concienciarse de que además de realizar el examen físico de las mamas, precisan recomendar y orientar el AEM a las mujeres⁽⁵⁾.

La práctica del AEM fue citada por gran parte de las usuarias que conocían la técnica (86,4%), con todo menos de la mitad de las mujeres realiza la técnica con periodicidad mensual (34,2%) y practica en el periodo adecuado del mes (41%). Además, parte de ellas la realiza más de una vez por mes, corriendo el riesgo de hacer el examen en periodos en los que la mama se encuentra naturalmente dilatada y dolorosa, lo que puede llevarlas a encontrar alteraciones, cuando en verdad tal situación es derivada de la acción hormonal a lo largo del ciclo menstrual. Divergencias aún mayores entre la práctica del AEM y la realización correcta se detectaron en otras investigaciones^(8,9,10,13). Tales resultados pueden relacionarse con el bajo nivel de escolaridad de las entrevistadas y al hecho de obtener informaciones sobre el AEM, la mayoría de las veces, por los medios de comunicación, que no siempre ofrecen informaciones completas.

Los principales motivos citados por las no practicantes (13,6%) para la no realización del AEM fueron el olvido (50%) y el hecho de no saber hacerlo (16,7%), datos que corroboran a los relatados anteriormente, toda vez que estas mujeres no han sido enseñadas ni estimuladas a practicar el examen por parte de los profesionales de salud. En la misma línea, los trabajos de Gonçalves e Dias⁴, Marinho et al⁽⁸⁾ y Monteiro et al⁽¹⁰⁾ también destacaron estos factores como motivos de la no realización, además de otros citados en menor proporción por las participantes como creer que sólo el profesional sabe hacerlo y el miedo de encontrar algo.

Para las entrevistadas practicantes, la realización de la técnica ocurre principalmente como un modo de prevención del cáncer de mama, para encontrar nódulos y por el miedo a la ocurrencia de una neoplasia mamaria. Otros motivos también fueron destacados por otros autores tales como: modo de cuidar de la salud, sentirse mejor, evitar hospitales y evitar cáncer de mama y tener mejor pronóstico^(4,8).

Cerca de 19,7% de las practicantes detectaron alteraciones mamarias al realizar la técnica. Tal resultado demuestra que al realizar el AEM la mujer es capaz de detectar alteraciones. Sin embargo, como en el presente estudio estos datos no fueron

cruzados con el real diagnóstico de alteración mamaria, nada puede ser inferido en relación a la sensibilidad de esta técnica. Como el AEM es un test de revisión, no de diagnóstico, deben investigarse las alteraciones detectadas⁽⁷⁾.

En estudio transversal realizado con 2672 mujeres sometidas a mamografía⁽⁷⁾, se comparó la sensibilidad del AEM, en la detección de nódulos mamarios palpables. Se percibió una mayor sensibilidad del AEM en la detección de nódulos mamarios, cuando realizado mensualmente.

Aunque el autoexamen de las mamas no tenga la misma sensibilidad de las técnicas mamográficas o clínicas, debido a la dificultad intrínseca para la palpación de las glándulas mamarias⁽¹⁹⁾ y, considerando que gran parte de la población brasileña, así como el grupo en análisis, posee bajo nivel socioeconómico y que encuentra dificultades de acceso a la atención pública, se puede considerar un procedimiento de gran aplicabilidad en la población brasileña y, por tanto, como una importante herramienta para el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

CONCLUSIÓN

Por medio de los datos recogidos en este estudio, se detecta referencia de conocimiento y práctica del AEM por parte de la mayoría de las usuarias. Tal conocimiento sobre el AEM es estadísticamente significativo en las mujeres de mayor nivel educativo, conocedoras del cáncer de mama y que consideran importante su diagnóstico inicial. La práctica tuvo significancia estadística entre las mujeres económicamente activas, con al menos un hijo, no fumadoras, que frecuentan la unidad más de dos años, conocen el cáncer de mama, creen importante el diagnóstico inicial de la enfermedad y que aprendieron la técnica en los medios de comunicación.

Además, de los relatos de las usuarias, se evidenciaron algunas lagunas respecto a la actuación de la unidad de salud en la adquisición de conocimientos e incentivo de la práctica del AEM, una vez que la propuesta de la USF es de reorganización de las prácticas en salud en el sentido de actuar, más fuertemente, en la promoción de la salud y prevención de daños.

Tales resultados señalan la necesidad de campañas de educación en salud dirigidas al público de bajo nivel socio-económico y con menor acceso a los servicios de salud y a otros medios de información, todavía no conscientes de las acciones de autocuidado en salud.

Es imprescindible que los profesionales de salud actuantes en equipos de salud de la familia, enseñen y estimulen a las mujeres a hacer el AEM, una vez que este se configura como una estrategia de cuidado con el propio cuerpo y como una de las actividades educativas a ser desarrolladas por profesionales de salud, como medida de control del cáncer de mama. Además, es necesario que ratifiquen la importancia de realizarlo mensualmente, principalmente en la población de alto riesgo, pues la repetición sistemática favorece la sensibilidad de ese tipo de examen^(6,13).

Vale resaltar, la necesidad de reforzar el método correcto de realizar el AEM y su importancia como medida de detección precoz de una posible alteración mamaria, tanto en atención individual, como en oficinas colectivas, pues, muchas mujeres no

consiguen aprender la técnica en un primer momento en que son enseñadas, y, aun, las que conocen la técnica adecuada no se sienten motivadas a realizarla frecuentemente.

Con el aumento de la morbi-mortalidad por el cáncer de mama, el AEM puede usarse como una de las estrategias para detectar, en tiempo hábil alteraciones mamarias. Esta técnica de revisión tiene la ventaja de ser fácil, rápida y sin costos para la mujer. Aunque el autoexamen de las mamas no tenga la misma sensibilidad de las técnicas mamográficas o del examen clínico y, teniendo en cuenta que buena parte de la población brasileña posee bajo nivel socioeconómico y que encuentra dificultades de acceso a la atención pública, podemos considerarlo un procedimiento de gran aplicabilidad en la población brasileña y, por tanto, como una importante herramienta para el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Caleffi M, Dias ES. Aspectos genéticos do câncer de mama. In: Oliveira HC, Lembruber I (Ed.). Tratado de ginecologia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
2. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima V, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas em um ambulatório de uma maternidade escola. Rev Latino-am Enfermagem. 2003;11(1):21-7.
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.
4. Gonçalves Suy-Mey CM, Dias MR. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. Est Psicologia. 1999; 4(1):35-42. [internet]. [citado em 2010 Maio 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
5. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2004.
6. Robles SC, Galanis, E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Publica. 2002; 11(3):178-185. [citado em 2010 Mar]. Disponível em: <http://www.scielosp.org>.
7. Borba AA et al. Frequência de realização e acurácia do auto-exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia. Rev. Bras. Ginecol Obstet. 2010; 20(1):38-44.
8. Marinho LAB et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. Rev Saúde Pública. 2003; 37(5):576-82.
9. Molina L, Dalben I, De Luca, LA. Análise da oportunidade de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev. Assoc Med Bras. 2003; 49(2):185-90.
10. Monteiro APS et al. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25(3): 201-5.
11. Ferreira MLM, Oliveira C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. Rev Bras Cancerol. 2006;52(1):5-15.
12. Freitas Junior R et al. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52(5):201-5. [Citado em 2010 Mar 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
13. Silva RM et al. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(4):902-8.
14. Sclowitz ML et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev. Saúde Pública. 2005; 39(3):340-9.

- 15.** Amorim VMSL et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(11):2623-32.
- 16.** Andrade CR et al. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública. 2005;21(2):379-86.
- 17.** Coelho Junior JL; Avelar JTC, Reis JHP. Métodos diagnósticos complementares. In: Oliveira HC, Lemgruber I (Ed.). Tratado de ginecologia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter. 2001. p. 935-45.
- 18.** Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Rev Bras Cancerol. 2003;49(4):227-38.
- 19-**Díaz JMO, Manrique-Abril FG, Vega NA, Pacheco ALM, Ariza NER. La no realización del autoexamen de mama en Tunja, Colombia. Rev Enfermería Global 2011; 10(3):30-40.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia